

所屬年度：

澎湖縣馬公市第三衛生所費用動支黏貼憑證用紙

簽證號：

憑 證 編 號	預 算 科 目	金 額	用 途 說 明
	業務計畫：衛生所業務-公共衛生		依據「澎湖縣發展遲緩兒童早期療育費用補助要點」補助0-6歲發展遲緩兒童交通費、療育費。
	工作計畫：獎補助費		
	用途別：社會福利津貼及濟助-濟助費		

澎湖縣發展遲緩兒童早期療育費用補助申請表

兒童資料	姓名：		身分證字號：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	出生年月日：民國 年 月 日				身份別：	
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> 本國籍配偶子女 <input type="checkbox"/> 原住民配偶子女 <input type="checkbox"/> 大陸配偶（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母）子女 <input type="checkbox"/> 外籍配偶（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母）子女				
申請人	姓名：		身分證字號：		聯絡電話：	
	與兒童關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> （外）祖父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他（請註明關係）：					
	通訊地址： <input type="checkbox"/> 同兒童戶籍 <input type="checkbox"/> 其他：					
帳戶	金融機構： 帳號：					
補助項目	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 療育費	應繳文件	<input type="checkbox"/> 1. 申請表（含個人領據需完成簽名及蓋章） <input type="checkbox"/> 2. 戶口名簿或戶籍謄本影本 <input type="checkbox"/> 3. 發展遲緩診斷書或綜合報告書（一年內有效）或身障手冊影本 <input type="checkbox"/> 4. 暫緩入學證明（已達就學年齡，但未入小學就讀者需檢附） <input type="checkbox"/> 5. 低收入戶證明（低收入戶需檢附） <input type="checkbox"/> 6. 郵局存摺封面影本（含帳號、戶名） <input type="checkbox"/> 7. 療育費用正本（需為醫療單位、社福機構或具有執照之治療師開立之收據） <input type="checkbox"/> 8. 搭車、船或登機證明（需註明日期時間及金額） <input type="checkbox"/> 9. 療育或評估日期之證明（申請交通費需檢附，加蓋單位戳章及治療師職章） <input type="checkbox"/> 10. 其他：			
個人領據	茲收到澎湖縣馬公市第三衛生所撥付發展遲緩兒童早期療育補助款，共計新台幣 萬 仟 佰 拾 元整，確實無訛。 具領人姓名： （簽名蓋章） 中 華 民 國 年 月 日					

申請明細	月份	交通費	療育費	合計	審查結果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 核定補助金額 新台幣： 萬 仟 佰 拾 元整
	總計					
審查意見	依據「澎湖縣發展遲緩兒童早期療育費用補助要點」規定，經查所附資料符合本要點第四點 <input type="checkbox"/> 第（一）項第 款、第 款 <input type="checkbox"/> 第（二）項第 款、第 款 規定					
承辦人員		會計單位		機關長官		